

Musikterapi och demens,

trevligt tidsfördriv eller viktig
omvårdnadsåtgärd mot agitation?

FÖRFATTARE	Erik Friberg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete i omvårdnad OM5250 HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingegerd Lindquist
EXAMINATOR	Tommy Johnsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



Sahlgrenska akademin



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel:	Musikterapi och demens, trevligt tidsfördriv eller viktig omvårdnadsåtgärd mot agitation?
English title:	Music therapy and dementia, a way of passing time or an effective treatment for reducing agitation?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Erik Friberg
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator:	Tommy Johnsson

SAMMANFATTNING

Introduktion: På särskilda boenden är fysisk och verbal agitation vanliga symtom hos personer med demenssjukdom. För vårdpersonal och närstående är agitation ett av de svåraste symptomen att handskas med. Ett agiterat tillstånd utgör även ett stort lidande för personen med demens. **Syfte:** Syftet med litteraturoversikten var att undersöka om musikterapi visar någon effekt på agiterat beteende hos personer med demenssjukdom på särskilda boenden. **Metod:** Metoden som användes var att göra en litteraturoversikt. För att söka vetenskapliga artiklar användes databaserna CinAhl, PubMed och Scopus. Genom noggrann granskning av artiklarnas likheter och skillnader i tillvägagångssätt och resultat skapades två övergripande teman. **Resultat:** Majoriteten av de artiklar som granskades visar på att musikterapi kan med användas med god effekt som omvårdnadsåtgärd mot agitation vid demenssjukdom. De teman som åskådliggjordes efter analys av samtliga artiklar var: ”*Musikterapi med fokus på kommunikation och på samspel mellan deltagare och terapeut*” och ”*Lugn och trygg miljö genom musikterapi*”. **Slutsats:** Att vara sjuksköterska på särskilt boende innebär ett ansvar att motverka agitation i samband med demenssjukdom. För att kunna göra detta behövs effektiva omvårdnadsåtgärder. Forskning visar att musikterapi kan ses som en effektiv omvårdnadsåtgärd mot agitation, vilket sjuksköterskor inom särskilda boenden bör se som en möjlighet att minska ett stort och växande problem inom demensvården.

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	4
INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Vanliga demenssjukdomar	4
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens	5
Agitation	6
Orsaker till illabefinnande	6
Särskilda boenden	7
Sjuksköterskan som ledare	8
Sjuksköterskans ansvar	8
Personcentrerad omvårdnad och miljö	9
Musikens påverkan på personer med demenssjukdom	10
PROBLEMFORMULERING	11
SYFTE	11
METOD	11
LITTERATURÖVERSIKT	11
Urval och kvalitetsgranskning	12
Etiska överväganden och medgivande	13
Analys av valda artiklar	13
RESULTAT	14
Musikterapi med fokus på kommunikation och på samspel mellan deltagare och terapeut	14
Lugn och trygg miljö genom musikterapi	17
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION	19
RESULTATDISKUSSION	20
Musikterapi och dess koppling till personcentrerad vård och miljö	20
Är införandet av musikterapi verkligen sjuksköterskans ansvar?	21
Införande av ny kunskap på särskilda boenden	22
Nackdelar med musikterapi	23
Möjligheter och eventuella vinster med musikterapi	23
Mer forskning eftersöks	25
Slutsats	25
REFERENSER	26
BILAGOR	
1. Sökord, träffar och urval	
2. Presentation av vetenskapliga artiklar	

INTRODUKTION

INLEDNING

Under min utbildning till sjuksköterska bestämde jag mig för att ta ett uppehåll för att arbeta inom vården. Jag sökte mig till äldreomsorgen eftersom den har varit mycket omdiskuterad i media de senaste åren. Jag bestämde mig för att bilda mig en egen uppfattning hur personer inom äldreomsorgen mår och vilka resurser och svårigheter som finns på särskilda boenden. Jag arbetade både på demensavdelningar och på somatiska avdelningar men det personliga intresset av att arbeta med personer med demens var störst pga. demenssjukdomars komplexitet.

Många kolleger som arbetade på demensavdelning saknade grundläggande vårdutbildning för att arbeta med demens och vid uppkomsten av svåra situationer saknades lämpliga rutiner. Svåra situationer skapades främst av förekomsten av verbal och fysisk agitation. Min upplevelse var att när dessa situationer uppstår så läggs ansvaret på omsorgspersonal som saknar kunskap och som saknar rutiner att falla tillbaka på. Dessa situationer resulterades ofta i att ansvarig omsorgspersonal ringde till sjuksköterskan och bad om att patienten skulle få lugnande medicin. I många fall var den boende redan så agiterad att det var i princip omöjligt att ge något läkemedel alls i tablettform. I längden upplevdes detta som ohållbart, både för de boende och men också för omsorgspersonalen som arbetade där. Skillnader i hur olika personal hanterade liknande situationer blev med tidigt tydligt. Viss personal ville främst vara frikostiga med lugnande medicinering medan andra var mer restriktiva och hade sina egna strategier. Det saknades en gemensam handlingsplan i situationer där en eller flera boende visar agiterat beteende. Pga. detta ökade mitt intresse för vad aktuell forskning visar på gällande hur demensrelaterad agitation med kan behandlas.

BAKGRUND

Vanliga demenssjukdomar

Demens är både en diagnos och ett samlingsnamn för symtom orsakade av skador i hjärnan. Vanliga symtom beror på förändring av hjärnans kognitiva förmåga, dvs. intellektuella förmågor såsom att tänka, minnas, kunna planera och genomföra olika vardagssysslor. Det är inte ovanligt att även språk och tidsuppfattning påverkas negativt. Vilka symtom den drabbade uppvisar beror på var i hjärnan skadorna sitter. Alzheimers sjukdom, som gör att hjärnceller gradvis förstörs, är den vanligaste demenssjukdomen i Sverige och förekommer i 60-70 % av personer med demensdiagnos. Symtomen vid Alzheimers sjukdom kommer ofta smygande

och sjukdomen kan efterhand försämra kroppsliga funktioner, t.ex. förmågan att gå och förflytta sig (1, 2).

En annan typ av demenssjukdom är vaskulär- eller blodkärlsdemens där hjärnskadorna uppkommer pga. syrebrist orsakat av blodproppar eller blödningar. Denna typ av demens står för 20-30 % av alla demenssjukdomar och symtomen kommer ofta hastigt och blir tydligt märkbara mer omgående än vid Alzheimers sjukdom (2). Vaskulärdemens kan många gånger utvecklas efter ett slaganfall, även kallat stroke. Det är heller inte ovanligt, framför allt i högre åldrar, att personer har mer än en sorts demens, även kallat blanddemens (1). Fysisk och verbal agitation är vanligt förekommande vid frontallobsdemens pga. att nervskadorna sitter i främre delen av hjärnan. I denna del sitter förmågan att kontrollera impulser och förstå konsekvenser av sina handlingar. Skador i frontalloben medför också personlighetsförändringar som ofta blir tydliga för närstående (1, 3). Än så länge finns ingen bot mot någon demenssjukdom (1).

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens förkortas BPSD (1, 4, 5). Psykiska symtom kan vara t.ex. ångest och oro, depression, förvirring och aggressivitet. Psykotiska tillstånd kan även förekomma hos den demenssjuke såsom vanföreställningar och hallucinationer. Beteendemässiga symtom kan vara t.ex. ändlösa vandringar utan mål, förflyttande av olika föremål fram och tillbaka och upprepningar av ord och fraser om och om igen. Även rop- och skrikbeteende är vanligt förekommande vid demenssjukdomar (1, 6). Psykiska symtom förekommer mer frekvent under eftermiddag och kväll, vilket kallas ”sun-down syndrome” (6). BPSD är generellt sett de symtom som är svårast för närstående och vårdpersonal att handskas med (1, 5). BPSD har heller ingen generell behandlingsmetod då symtomen av demenssjukdomar skiljer från person till person. Det är även mer vanligt än ovanligt att personer med demenssjukdom har mer än bara ett symtom (1).

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom kännetecknas av störd uppfattningsförmåga, stört tankeinnehåll och förändringar i det normala stämningsläget. Exempel på ett förändrat beteende kan förutom rastlöst vandrande och plockande av saker fram och tillbaka vara motsträvighet och agiterat beteende vid olika omvårdnadssituationer såsom toalettbesök och duschning (6). Känslomässiga reaktioner är ofta uttryck för en otillfredsställande livssituation hos personen med demenssjukdom. Anledningar till dessa reaktioner kan vara svårigheter i relationer med omsorgspersonal och andra boende. Symtomen som personer med demenssjukdom uttrycker kan förklaras som en reaktion på missnöje. Pga. demenssjukdomen

har personen minskad förmåga att förmedla sina behov och förklara på ett logiskt sätt för omsorgspersonal vad han eller hon upplever som problematiskt (5).

Agitation

Agitation är ett av de svåraste symtomen för närstående och omsorgspersonal att hantera och lindra (1). Agitation kan uttryckas antingen verbalt, fysiskt eller både och samtidigt. Symtomet är multifaktoriellt pga. flertalet faktorer som kan utlösa ett agiterat beteende. Dessa faktorer kan vara smärta, depression eller frustration pga. kognitiv försämring (1, 7). Även sociala missförhållanden och dåligt bemötande från omsorgspersonal kan utlösa ett agiterat beteende (5, 7). Agitation kan även bero på vanföreställningar och hallucinationer (7).

Ett agiterat beteende kan komma utan varken förvarning eller någon uppenbar anledning och kan även visas av personer som aldrig tidigare visat några våldsamma tendenser. Att känna förlust av kontroll över situationer som upplevs svåra kan skapa oro och ångest, vilket kan sätta personen med demens i aggressivt försvar. Svårigheter att kommunicera med omsorgspersonal kan även resultera i att den demenssjuke upplever sig missförstådd och förbisedd (5, 7). Även detta kan resultera i ångest med agitation som konsekvens (1).

Orsaker till illabefinnande

Att leva med demenssjukdom innebär att personen blir mer sårbar och reagerar starkare på hur omgivningen beter sig. Att hindra och tillrättavisa olika beteenden hos personer med demens innebär ett respektlöst förhållningssätt gentemot den demenssjuke. Bristande respekt samt påpekande av att den demenssjuke ständigt gör fel och inte längre räcker till innebär grov kränkning. Bara att vara demenssjuk medför flera nederlag i vardagen och behöver inte påpekas av omgivningen.

Agitation är en naturlig reaktion som finns hos alla människor och kan utlösas av upprepade kränkningar eller av att personen med demenssjukdom inte förstår sammanhanget som han eller hon befinner sig i. Illabefinnande kan även komma i samband med att personens privata gräns överträds. Ett exempel kan vara när personalen hjälper till med dusch, toalettbesök eller matning. Om personal eller andra människor befinner sig närmare än en halv meter görs inträde på den intima zonen där vanligtvis bara de närmaste får tillträde. Överskrids denna zon utan tillåtelse kan personen uppleva detta som ett hotfullt intrång. Situationer där en person med demenssjukdom utifrån sin egen verklighet inte känner sig accepterad eller förstådd kan väcka starka känslomässiga reaktioner. Frustration är vanligt förekommande då omsorgspersonal ständigt övertalar den demenssjuke att hans eller hennes verklighet inte stämmer över-

rens med ”den riktiga” verkligheten. Ett exempel på detta kan vara att när en person med demens vill träffa sin maka eller make, påpeka att partnern sedan är länge död. Detta kan även utlösa återkommande krisreaktioner som kan resultera i verbal och fysisk agitation (8).

Särskilda boenden

Statistik från 2012 visar att 19,1 % av Sveriges befolkning är 65 år eller äldre. Av hela befolkningen är 5,2 % äldre än 78 och 1,0 % äldre än 88 år (9). Statistik från samma år visar att ungefär 86 800 personer i åldrarna 65 år och uppåt bor permanent i ett särskilt boende (10). Särskilda boenden innefattar t.ex. äldreboenden, gruppboenden, sjukhem och servicehus. Särskilda boenden har som mål att vara en bra plats att bo på med hemlik miljö. Här ska den boende ha rätt till kontakt med sjuksköterska dygnet runt som i samråd med läkare ansvarar för rätt medicinsk behandling. Sjuksköterskan har även som ansvar att vid behov ta kontakt med sjukgymnast och arbetsterapeut. Ett särskilt boende kan fungera som ett permanent boende eller som en korttidsplats. De som bor i särskilt boende vistas där dygnet runt, dvs. de sover, äter och tillbringar sin fritid där.

Utöver ett hem är boendet även en yrkesplats för vård- och omsorgspersonal samt besöksplats för närstående. På särskilda boenden har de anställda som ansvar att erbjuda vård och omsorg till boende med komplexa vårdbehov som kan innefatta fysiska och/eller psykiska funktionsnedsättningar. När de boende har en permanent plats krävs av boendet att skapa en trygg och hemlik miljö som är trivsamt och där de boende behandlas som individer. För att upprätthålla denna standard bör personalen ha en hög yrkeskompetens och möjlighet till kompetensutveckling. Omvårdnaden ska även organiseras så att den gagnar de boende så mycket som möjligt (11).

Under de senaste åren har antalet särskilda boendeplatser minskat. I samma utsträckning har antalet äldre som beviljats någon form av hemtjänst ökat. Enligt Socialstyrelsen upplever många äldre att de känner sig tvingade till att bo kvar hemma även fast de inte vill, vilket kan ses som ett tecken på att fler platser i särskilda boenden behövs. Ett särskilt boende erbjuder vanligen runt 30-50 vårdplatser. Dessa är uppdelade i mindre delar med runt 8-10 platser vardera. De olika sektionerna är vanligtvis indelade i antingen demensavdelningar eller avdelningar för somatisk vård.

Det är i första hand undersköterskor och vårdbiträden som ansvarar för den dagliga omvårdnaden av boende med demenssjukdom. Det är även undersköterskor som är de boendes kontaktpersoner vilket innebär att undersköterskorna ska se till att speciella önskemål och behov

uppfylls hos de vårdtagare de ansvarar för. Flera kommuner väljer att satsa på utbildning inom demens. Stiftelsen Silviahemmet i Stockholm erbjuder undersköterskor att bli Silviasystrar, vilket innebär en ettårig vidareutbildning inom demens (12).

Sjuksköterskan som ledare

Att arbeta som sjuksköterska på ett särskilt boende innebär ett samarbete med olika yrkeskategorier för att kunna säkerställa hög kvalitet på insatser som krävs för att de boende ska kunna leva ett värdigt liv. En sjuksköterska skall vara tillgänglig dygnet runt för att ständigt kunna observera de boendes situation. Genom kontinuerlig närvaro och samarbete med andra yrkesgrupper får sjuksköterskan ökade förutsättningar att kunna ge de boende bäst möjliga omvårdnad. Sjuksköterskan har därmed ett stort ansvar för kvaliteten på omvårdnaden på särskilda boenden. Sjuksköterskan ansvarar även för kontakten med boende och deras närstående, dokumentationen av omvårdnadsarbetet samt ledandet av omsorgspersonal (11).

Av de som arbetar på särskilda boenden saknar många någon form av vårdutbildning, en utbildning som krävs för att kunna ge god omvårdnad (7, 11). Sjuksköterskan bör därför bidra med en bra introduktion av omvårdnadsarbetet samt erbjuda handledning för både erfaren och oerfaren vårdpersonal. För att kunna upprätthålla en professionell standard ska även sjuksköterskan vara en förebild i omvårdnadsarbetet. Detta kan sjuksköterskan bli genom den vård han eller hon själv ger, hur han eller hon pratar om de boende, värnar om deras rätt till medbestämmande, bemöter närstående och samarbetar med annan personal. Sjuksköterskan ska sträva efter att lära ut ett sätt att arbeta där vårdpersonal värnar om boendes och närståendes upplevelser, ständigt ifrågasätter nuvarande omvårdnad och kontinuerligt inhämtar ny kunskap. Även att uppmuntra till diskussion kring konkreta problemområden, hur de ska lösas och dokumenteras, kan skapa ökat intresse för att ge god vård (11, 13).

Sjuksköterskans ansvar

Som sjuksköterska på särskilt boende ingår ansvaret att uppmärksamma och möta varje boendes sjukdomsupplevelse och lidande. Lidandet ska sjuksköterskan så långt som möjligt lindra genom adekvata åtgärder. Oavsett om sjuksköterskan arbetar med barn, vuxna eller personer med demenssjukdom ska han eller hon kunna identifiera och bedöma patientens förmåga till egenvård. Om patienten och/eller närstående har behov eller önskemål att någon annan ska föra hans, hennes eller deras talan är det läggs det ansvar på sjuksköterskan, vilket är vanligt förekommande vid demenssjukdom (1, 6, 13). Även då demens kan skapa ett stort lidande för den drabbade är det sjuksköterskans ansvar att tillvarata det friska hos patienten. I sjukskö-

terskans kompetensbeskrivning beskrivs ansvaret att motverka komplikationer i samband med patientens sjukdom. Exempel på komplikationer kan vara nedstämdhet, depression och/eller fysisk och verbal agitation. Sjuksköterskan ska även verka för att ge god vård utifrån ett kostnadsmedvetet synsätt (13).

Personcentrerad omvårdnad och miljö

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer ska omvårdnaden för personer med demenssjukdom utgå från ett personcentrerat förhållningssätt (14). Detta innebär att omvårdnaden ska fokusera enbart på individen, inte på demenssjukdomen. Personcentrerad omvårdnad innebär även att värna om och respektera den demenssjukes personliga upplevelse av sin livssituation (14, 15). Omvårdnaden ska därför ingå i en personlig vårdmiljö där symtom och beteende ses från den demenssjukes perspektiv. Personcentrerad omvårdnad bygger därmed på information om personens värderingar, livsmönster och preferenser. För sjuksköterskan och omsorgspersonal innebär detta att samtlig personal ska värna om den demenssjukes autonomi och medbestämmande samt att se personen som en samarbetspartner. Fördelarna som ses vid personcentrerad omvårdnad är ökad självständighet, initiativförmåga och integritet samt minskad förekomst av agitation hos personer med demenssjukdom (14, 15).

I ett hem ska miljön upplevas som säker, lättillgängligt och bekväm samt bidra med en känsla av lugn, trygghet och självbestämmande. Således bör det särskilda boendet vara småskaligt med ett mål att skapa hemtrevlig stämning samt möjligheter för personal och boende att uppleva kontinuitet i sina relationer. En hemlik miljö som är enkel att känna igen kännetecknas av goda relationer mellan omsorgspersonal och boende, där de boende kan vara med och skapa och förändra. Att känna sig välkommen och bekräftad anses både av boende och av omsorgspersonal vara en stödjande miljö att bo och arbeta i. En stödjande miljö kännetecknas av generositet och flexibilitet där boende kan leva i sin egen takt samt ha möjlighet att umgås med andra människor (16).

Utformandet av den fysiska miljön är viktigt för att uppnå en känsla av hemlighet och trygghet. En vanlig orsak till t.ex. desorientering och vandringsbeteende kan vara en miljö bestående av långa och monotona korridorer (7, 17). För att undvika detta bör boendet vara uppbyggt av flera gemensamma mötesplatser vilket även ökar möjligheten för social samvaro. En viktig förutsättning för personcentrerad omvårdnad är att varje boende ska ha sitt eget enkelrum. Detta värnar om varje boendes integritet och ökar möjligheten för sjuksköterskan att ha enskilda samtal med boende och/eller närstående (17).

Att uppleva närhet till natur och att vistas utomhus bör varje boende få bestämma själv över eftersom det medför en känsla av frihet och självbestämmande. Möjligheten att ta med saker som den boende anser vara hemtrevliga upplevs för många både underlättande och stödjande. Konst, fina föremål och blommor kan bidra till en stödjande och hemlik miljö. Även att omsorgspersonal bär privata kläder kan upplevas av de boende som underlättande (18). Varje persons välbefinnande och dagliga funktionsförmåga påverkas av hur lätt eller svår omgivningen är att tolka. Att skapa en personcentrerad miljö där varje boende får hjälp av ledtrådar kan både underlätta vardagen och minska risken för disorientering. Exempel på detta kan vara att underlätta med hjälp av kontrasterande färgsättning, pilar i starka färger och stora, konkreta skyltar (16).

Olika typer av ljud kan påverka personer på olika sätt. Hur ljuden uppfattas är beroende av tidigare erfarenheter och preferenser. I en personcentrerad miljö bör personalen reflektera över hur ljudmiljön kan stödja omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Ljud som är lugnande, igenkännande och harmoniska bör eftersträvas. Störande och obehagliga ljud är ofta oönskat brus såsom alarm, höga röster, telefoner och spring i korridorer (18). Även hur dofter och lukter upplevs är mycket individuellt. En miljö som den boende upplever illaluktande leder till minskat välbefinnande och negativ stress. Motsatsen till detta är en väldoftande miljö vilket istället leder till minskad oro och ökat välbefinnande (19).

Musikens påverkan på personer med demenssjukdom

Under tusentals år har musik använts för att stimulera eller skapa lugn och ro. Redan i fosterstadiet utvecklas förmågan att lyssna till musik. De förmågor som utvecklas tidigt i livet är sannolikt de förmågor som behålls längst när människan blir äldre. Vid Alzheimers sjukdom kan det tydligt ses att de funktioner som utvecklas vid spädbarnsålder är de funktioner som finns kvar längst i sjukdomsförloppet. Detta betyder att förmågan till att lyssna på musik kan antas finnas kvar även hos personer med svår Alzheimers sjukdom.

Trots omfattande kommunikationssvårigheter reagerar många personer med svår demens positivt när de får lyssna på musik. Förutom att skapa glädje kan musik även stimulera till sociala relationer, minska vandringsbeteende och skapa lugn och ro vid sängdags. Musik kan även ha en positiv påverkan på miljön på särskilda boenden. Genom att spela rolig musik kan symtom som irritation, ångslan och nedstämdhet lindras. Att omsorgspersonal sjunger eller spelar för de boende kan ha en god effekt på de som är oroliga och agiterade. På en demensavdelning kan sångens goda effekt på oro och agitation ses tydligt t.ex. vid morgontvätt och toalettbesök. Enligt Hans Ragneskog, leg. sjuksköterska och universitetslektor vid Göteborgs

universitet, kan musik på särskilda boenden vara en enkel och billig omvårdnadsåtgärd för att skapa lugn eller stimulans. Han menar att för vissa personer med demenssjukdom kan musik vara ett alternativ eller komplement till medicinering. Ragneskog skriver även att musik inte kan lugna alla personer med demens men att omsorgspersonal ofta underskattar musikens positiva effekt på oro och agitation (20).

PROBLEMFORMULERING

Att som sjuksköterska och annan omsorgspersonal arbeta med människor med demens innebär stora utmaningar. Pga. saknaden av botemedel kommer flera av symtomen vid demenssjukdom finnas kvar livet ut och förvärras mer och mer under tidens gång. Fysisk och verbal agitation, vilket inte bara medför ett stort lidande för den demenssjuke, är ett av de svåraste symtom för närstående och omsorgspersonal att hantera. Även då det inte finns någon generell behandlingsmetod är det väl känt att det krävs professionellt bemötande, lugn och trygg miljö, adekvat medicinering och hos vårdpersonal relevant kunskap för att kunna lindra demensrelaterad agitation. Även då dessa faktorer är kända förblir förekomsten av verbal och fysisk agitation ett stort och växande problem på särskilda boenden. För att kunna hantera och lindra demensrelaterad agitation krävs fler effektiva omvårdnadsåtgärder. För att ny kunskap ska tas till vara på och introduceras krävs en ledare inom omvårdnadsarbetet. Denna ledare är sjuksköterskan och om inte sjuksköterskan tar sitt ansvar ökar risken för att flera personer med demens övermedicineras och tvingas leva ett liv lidande av episoder av agitation.

SYFTE

Syftet med litteraturöversikten var att undersöka om musikterapi visar någon effekt på agiterat beteende hos personer med demenssjukdom på särskilda boenden.

METOD

LITTERATURÖVERSIKT

För att kunna uppnå denna studies syfte valdes metoden litteraturöversikt. Detta möjliggjorde undersökning och kartläggning av valt problemområde, vilket var förekomsten av agitation i samband med demenssjukdom. Litteraturöversikten innebar granskning av vetenskapliga artiklar som upplevdes som relevanta i förhållande till syftet (21). De artiklar som inkluderades och analyserades stod sedan som grund i resultatdelen (22).

I början av litteraturöversikten gjordes en bred förstasökning med syftet att få en klar uppfattning av storleken på det valda ämnet (21, 23). I första sökningen användes med hjälp av

svensk MeSH sökorden "*dementia*" och "*agitation*" med Peer-reviewed och Research article som valda filter. Även relaterade artiklar till källor till studier som för syftet upplevdes relevanta granskades fritt. Antalet träffar med sökorden ovan var relativt litet vilket tydde på att förhållandevis få studier utförts på valt problemområde.

I början av den breda och ostrukturerade sökningen fanns få tankar om vilken typ av vetenskapliga artiklar litteraturöversikten skulle kunna komma att baseras på. Det som åskådliggjordes vid första sökningen var antalet artiklar som undersökt om musikterapi hade någon effekt på demensrelaterad agitation. Detta fynd gjorde att litteraturstudien enbart fokuserades på musikterapi och dess potentiella effekt på fysisk och verbal agitation.

Den egentliga sökningen gjordes i CinAhl, PubMed och Scopus som enligt Segerstedt rekommenderas som lämpliga (24). Vid denna sökning lades mycket tid på att upprätthålla struktur och ständig dokumentation av sökprocessen. Detta var ett måste för att behålla ett kritiskt förhållningssätt till litteraturöversikten (23). I CinAhl användes sökorden "*dementia*", "*agitation*" och "*music therapy*" med Research article och Peer-reviewed som filter. I Scopus och PubMed användes samma sökord som ovan med filtren Article (Scopus) och Clinical trial (PubMed). Nursing användes inte som filter då det filtrerade bort artiklar som efter noga granskning ansågs vara relevanta för syftet och inom omvårdnadsforskning. Ursprungstanken med litteraturöversikten var att välja vetenskapliga artiklar från de senaste fem åren. För att få ihop en mängd artiklar som ansågs tillräckligt i detta relativt outforskade problemområde valdes dock artiklar från de senaste sju åren.

Urval och kvalitetsgranskning

För att valet av vetenskapliga artiklar skulle vara relevanta till syftet lästes samtliga sammanfattningar i de artiklar vars titlar indikerade på att effekten av musikterapi mot agitation hos personer med demens på särskilda boenden hade undersökts. Antalet träffar i Cinahl, PubMed och Scopus var 20, 12 respektive 34 (Se bilaga 1). Antalet vetenskapliga artiklar som valdes till kvalitetsgranskning var 16 och samtliga var kvantitativa varav sju återfanns i alla tre databaser (Se bilaga 1). Enbart vetenskapliga artiklar skrivna på engelska valdes för analys (25).

Kvalitetsgranskningen innebar att varje vetenskaplig artikel granskades utförligt med fokus på metod- och resultatdel. Detta innebar att samtliga artiklar lästes om flera gånger med syftet att få en tillräckligt adekvat uppfattning om artikelns relevans i förhållande till litteraturöversiktens syfte. Eftersom Scopus inte har filtret peer-reviewed kontrollerades detta manuellt för varje artikel som valdes från denna databas. Detta gjordes genom att ta reda på om tidsskriften

där artikeln publicerades är peer-reviewed, dvs. om tidsskriften är opartiskt granskad av utomstående experter. Detta var ett urvalskriterium som varje artikel var tvungen att uppnå.

Vid kvalitetsgranskningen av de artiklar vars syfte stämde överens med valt problemområde användes Fribergs riktlinjer som utgångspunkt (21). För att en artikel skulle uppnå tillräckligt hög kvalitet krävdes bl.a. ett välformulerat syfte samt ett tydligt formulerat och avgränsat problemområde, en utförlig beskrivning av tillvägagångssätt gällande metod, urval och analys av data samt en tydlig presentation av resultat, metoddiskussion och resultatdiskussion med återkoppling till bakgrund och problemområde (21). Artiklarna som presenterats i denna litteraturöversikt visade alla tillräckligt hög kvalitet för att användas i den kommande resultatdelen. En artikel kunde inte användas då den inte fanns tillgänglig i Göteborgs universitets databaser (26).

Etiska överväganden och medgivande

Innan analysen av valda artiklar hade litteraturöversikten som kriterium att samtliga artiklar skulle vara godkända av en etisk forskarkommitté. Eftersom personer med demenssjukdom ofta har svårigheter att uttrycka sig i tal och skrift kan denna grupp människor bli utsatta för studier och experiment utan deras tillåtelse. Samtliga studier som inkluderats i litteraturöversikten har godkänts av etiska forskningskommittéer. Utöver kommitténs godkännande så krävde samtliga studier även medgivande från deltagaren själv. Om detta inte var möjligt inhämtades medgivande från närstående eller erfaren omsorgspersonal som känt personen med demens länge.

Analys av valda artiklar

Vid analys av vetenskapliga artiklar i en litteraturöversikt krävs ett kritiskt förhållningssätt. När urvalet och kvalitetsgranskningen enligt Fribergs riktlinjer var klara lästes samtliga artiklar åter igen med syftet att förstå deras helhet. Efter att valda artiklar lästs om på nytt gjordes en sammanfattning av varje studie som stöd för kommande bearbetning och analys. Sammanfattningen utfördes genom läsning av samtliga artiklars syfte, tillvägagångssätt och resultatdel. Syftet med artikelanalysen var enligt Friberg att kunna identifiera övergripande områden i urvalsartiklarna. För att få uppnå syftet med denna litteraturöversikt fokuserades analysen på att identifiera likheter och skillnader i artiklarnas metodologiska tillvägagångssätt samt resultat innehåll (21).

RESULTAT

Musikterapi med fokus på kommunikation och på samspel mellan deltagare och terapeut

Många av de vetenskapliga studier som gjorts under de senaste sju åren framställer musikterapi som en extra möjlighet för personer med demenssjukdom att kunna kommunicera med sin omgivning (27-35). Detta kan exempelvis möjliggöras genom att personer med demens får spela instrument, skapa musik, improvisera genom att sjunga, spela och dansa till välkända eller nya låtar. Flertalet studier avsatte cirka 30 minuter per session (27-30, 32) och utfördes av en utbildad musikterapeut (27-32). 30 minuter ansågs som lagom längd pga. demenssjukdomens hämmande effekt på koncentrationsförmågan (35, 36). Studierna pågick generellt i minst fyra veckor. Majoriteten av studierna jämförde en experimentgrupp med en kontrollgrupp. Kontrollgruppen fick vanlig omvårdnad med eller utan utbildnings- och underhållningsaktiviteter. Alla artiklar nedan använde sig av musikterapi i gruppform förutom en studie från Danmark och Norge (27). Studien från Australien visade på att musikterapi kan öka förekomsten av verbal agitation. (34).

I en studie med 42 deltagare från särskilda boenden i Danmark och Norge erbjöds varje deltagare 12 sessioner av individuell musikterapi uppdelat i två omgångar om sex veckor vardera (27). Deltagarna delades in i två grupper där den ena gruppen erhöll 12 sessioner av musikterapi de första sex veckorna medan den andra gruppen erhöll sina sessioner de resterande sex veckorna. Terapin genomfördes av musikterapeuter med minst fem års universitetsutbildning och med erfarenhet av att arbeta med demenssjukdom tidigare. Musikterapeuterna hade som mål att fånga deltagarens uppmärksamhet och därefter kunna möjliggöra psykosocial kommunikation med deltagaren. Syftet med terapin var att genom att uppfylla deltagarens psykosociala behov därmed också minska förekomsten och nivån av agiterat beteende. För att åstadkomma detta använde sig musikterapeuten av fem olika aktiviteter: *Att improvisera* med hjälp av sång eller instrument, antingen fri improvisation eller till redan skrivna låtar, *att sjunga* till välkända eller okända låtar. *Att dansa eller röra sig* till levande eller förinspelad musik samt *andra aktiviteter* såsom att promenera eller konversera med musikterapeuten. Under de perioder som deltagarna erhöll musikterapi sågs en signifikant minskning av graden av agiterat beteende jämfört med gruppen som under samma sex veckor enbart fick vanlig omvårdnad. Frekvensen av agiterat beteende minskade i och med musikterapin, dock inte signifikant.

I Italien genomfördes en studie på totalt 60 personer med demenssjukdom (28). Deltagarna delades upp i en test- och kontrollgrupp där testgruppen fick 12 sessioner terapi, tre gånger i veckan. Detta upprepades i tre cykler med en månad utan musikterapi mellan varje cykel. Båda grupperna fick samtidigt standardaktiviteter. Varje session innehöll tre deltagare och pågick i 30 minuter. Tillvägagångssättet i denna typ av musikterapi baserades på ljud- och musikimprovisation där skapandet av en relation mellan deltagare och terapeut är mest väsentligt. Musikterapeuten strävar efter att hitta de stunder där terapeuten kan hjälpa deltagarna att styra och organisera sina tankar. Genom icke-verbala handlingar och användning av musikinstrument kan terapeuten och deltagarna uttrycka sina tankar och känslor. Resultatet av studien visar att vid slutet av samt en månad efter sista sessionen hade agiterat beteende i testgruppen minskat signifikant.

I en annan studie, även denna från Italien, fick en testgrupp med 30 deltagare med olika demenssjukdomar 30 sessioner av musikterapi i grupp á 30 minuter under totalt 16 veckor (29). Musikterapin hade som syfte att främja icke-verbal kommunikation mellan deltagarna genom att använda sig av både rytmiska och melodiska instrument. Med hjälp av ljud och musik kan personer med demenssjukdom förmedla sina tankar och känslor samt skapa en känslomässig relation med musikterapeuten. Kontrollgruppen på 29 deltagare fick istället för musikterapi möjlighet till underhållning och utbildningsaktiviteter. I testgruppen sågs vid åtta samt sexton veckor en signifikant minskning av agiterat beteende. Förbättringen sågs även vara signifikant i fyra veckor efter musikterapiens slut. I en liknande 16-veckors studie från Nederländerna med liknande antal deltagare och liknande antal sessioner sågs dock ingen signifikant minskning av agitation i jämförelse med kontrollgruppen som erbjöds vanliga aktiviteter (30).

Effekten av musikterapi i grupp studerades även i en studie från Sydkorea (31). 20 deltagare delades upp i test- respektive kontrollgrupp. Studien sträckte sig över fem veckor med totalt 15 sessioner á 50 minuter. Musikterapin innehöll sjungande av låtar, analysering av libretton, byggande och spelande med musikinstrument, målning till musik och komponering av musik. I denna studie var även omsorgspersonal med vid varje session. Samtliga sessioner bestod utav fyra faser. Den första fasen fokuserade på att bygga en förbindelse mellan deltagare och personal. Syftet med andra fasen var att förbättra kognitiva funktioner såsom minne och koncentration. Under tredje fasen fick personen med demens möjlighet att uttrycka sig själv genom att spela instrument. Detta skulle även förbättra muskelrörlighet, koncentration och följsamhet. I den fjärde och sista fasen skulle fokus vara att bidra till glädje och nöje för deltagar-

na. Deltagarna i kontrollgruppen erbjöds vanlig omvårdnad. Efter 15 sessioner sågs en signifikant minskning av agitation i testgruppen.

I en studie från Island erhöll 23 deltagare totalt 18 sessioner musikterapi, tre gånger i veckan á 30 minuter i sex veckor (32). Förekomsten och mängden agiterat beteende mättes vid startpunkt, efter sex veckor och efter 10 veckor. Varje grupp bestod av tre eller fyra deltagare. Musikterapeuten valde ut låtar som sannolikt var välkända för äldre islänningar. Ett urval av dessa låtar valde sedan gruppen, i samråd med terapeuten, som de sedan sjöng två gånger per låt. Deltagare som inte aktivt kunde delta fick sitta tillsammans med de andra och hålla sångboken och lyssna. På så sätt kunde deltagare med olika svårighetsgrader av demens delta i samma session. Deltagarna fick även använda instrument till att improvisera fritt med. Vissa deltagare fick ibland lust att röra sig och dansa till musiken. Detta var helt accepterat. Vid vecka sex av studien sågs i jämförelse med kontrollgruppen en signifikant minskning av agitation. Kontrollgruppen fick även i denna studie vanlig omvårdnad. Vid vecka tio, då musikterapi hade slutat sedan fyra veckor tillbaka, sågs längre ingen minskning av agiterat beteende.

Under en period på fyra veckor studerades i Taiwan effekten av musik tillsammans med rörelse av kroppen (35). 36 deltagare delades jämnt in i test- respektive kontrollgrupp. Musiken bestod av igenkännbar musik med behaglig rytm och tempo i syfte att hjälpa deltagarna att röra kropp och extremiteter till vald musik. Gruppterapin utfördes två gånger i veckan á 30 minuter. Varje deltagare deltog i totalt åtta sessioner. Deltagarna i kontrollgruppen fick vanlig omvårdnad. Förekomsten av agiterat beteende mättes vid start, vecka två samt vecka fyra. Jämfört med kontrollgruppen visade testgruppen en signifikant minskning av förekomsten av agiterat beteende. Den signifikanta minskningen sågs vid vecka två samt vecka fyra.

Musikterapi där deltagarna i grupp fick spela slagverk (bl.a. tamburin, handbjällra och maracas) till välkända låtar visade jämfört med kontrollgruppen ingen signifikant minskning av agitation (33). 60 deltagare från Taiwan fick testa denna typ av musikterapi två gånger i veckan á 30 minuter under sex veckor. Varken vid fjärde eller sjätte veckan kunde någon signifikant minskning ses. De som ledde musikterapi var inga musikterapeuter utan var forskare som fått utbildning inom musikterapi. Inte heller levande musik i form av uppträdande musiker visade någon signifikant positiv effekt på agiterat beteende. Detta visar en studie från Australien där 47 deltagare delades in i två grupper (34). Ena gruppen deltog i 40 minuters framträdande tre morgnar i veckan i åtta veckor. Den andra gruppen deltog i läs- och underhållningsaktiviteter i samma utsträckning som musikgruppen vad gällde antalet sessioner. När åtta veckor hade gått följde en fem veckor lång period utan varken musik eller läsaktiviteter.

Efter fem veckor bytte musikgruppen till läsande och underhållning medan läs- och underhållningsgruppen bytte till att istället lyssna på levande musik. Detta pågick i ytterligare åtta veckor. När effekten av att delta på livekonserter jämfördes med effekten av att delta i en läs- och underhållningsgrupp sågs en signifikant ökning av förekomsten av verbal agitation i musikgruppen.

Lugn och trygg miljö genom musikterapi

Musikterapin i de studier som presenteras nedan hade som syfte att skapa en lugn och trygg miljö för personer med demenssjukdom. I flera studier användes musik som kännetecknas som lugn och harmonisk med kopplingar till naturen t.ex. genom fågelkvitter, valsång och porlande vatten (36-41). Två artiklar använde sig av lyssnarens favoritmusik enligt uppgifter från omsorgspersonal och närstående (36, 40). Det kunde vara favoritartister från ungdomsåren eller från tiden innan personen drabbades av demenssjukdomen. Två av studierna hade som fokus att med hjälp av lugn och behaglig pianomusik skapa trygg och rofylld miljö under måltider (38, 39). I den ena av dessa två studier hade två av forskarna själva komponerat musiken som användes (38).

I en studie från Taiwan delades 104 deltagare in i test- respektive kontrollgrupp där testgruppen erbjöds sammanlagt 12 gruppssessioner av musikterapi, två gånger i veckan á 30 minuter i totalt sex veckor (37). Ett kriterium för att få delta i denna studie var bl.a. att varje deltagare skulle ha haft ett musikintresse före insjuknandet i sin demenssjukdom. Musikterapin bestod av att spela instrument till lugn och låg-tempo musik, terapeutisk sång, få lyssna på speciellt utvald musik, engageras i olika aktiviteter, musik från traditionella högtider samt att skapa musik. Syftet med sessionerna var att få deltagarna att uppleva ett tillstånd av lugn och harmoni. Musikterapin hölls i en varm och behaglig miljö. Resultatet av musikterapin visade på signifikant minskning av fysiskt agitation vid samtliga mättillfällen (sjätte sessionen, tolfte sessionen samt en månad efter sista sessionen) jämfört med kontrollgruppen. Även verbal agitation sågs minska signifikant i testgruppen, dock enbart efter sjätte sessionen.

I en annan studie från Taiwan undersöktes huruvida musik vid måltider hade någon påverkan på förekomsten av agitation (38). Antalet deltagare i studien var 22. Musiken hade komponerats av två av forskarna och karaktäriserades av mjuka, mollbetonade pianomelodier samt lugna rytmer för att uppnå en avkopplande effekt. I musiken fanns inga dramatiska ändringar i volym eller rytm. Musikens tempo låg runt 60-80 taktslag/min vilket liknar en normal hjärtfrekvens. Musiken spelades runt 55-70 dB vilket var något högre än det genomsnittliga ljudet vid måltiderna. Musiken spelades sju dagar i veckan mellan 11:30 – 12:30 och mellan 17:00 –

18:00. Studien pågick i sex veckor varav musik spelades i fyra veckor. Efter fyra veckor hade agiterat beteende hos deltagarna minskat med 29 %. Även vid de två musiklösa veckorna sågs en signifikant minskning. Signifikant minskning av verbal och fysisk agitation sågs även i en liknande studie från samma land (39). Även denna studie studerade musikens effekt på agitation vid måltider. Musiken karaktäriserades som lugn och var inspirerad av naturen. Tempot låg runt 60-80 taktslag/min. I musiken hördes melodier från ett ensamt spelande piano samt naturljud såsom porlande vatten och fågelsång. Musiken spelades vid lunchtid, 11:00 – 12:00, sju gånger i veckan, varannan vecka i åtta veckor.

I en åtta veckor lång studie från USA spelades musik under 30 minuter för 15 personer med demenssjukdom som bodde hemma (36). Musiken spelades varje dag i sammanlagt fyra veckor. De veckor som musik spelades var första, andra, femte och sjätte. Vecka tre, fyra, sju och åtta var musiklösa. Musiken som spelades var deltagarens favoritmusik. Om deltagaren ville lyssna på samma låt i 30 minuter var detta tillåtet. Valet av musik var helt upp till den demenssjuke. Den musik som ofta valdes var musik av artister med ungefär samma ålder som deltagarna och som deltagarna främst lyssnade på som yngre. Under tiden musiken spelades visade deltagarna signifikant mindre agitation jämfört med tiden innan musiken startade. Även efter att musiken var slut visades minskad agitation. Dock sågs ingen ihållande minskning under de musiklösa veckorna. Liknande resultat visar även en kanadensisk studie där deltagare fick lyssna på sin favoritmusik i 10 minuter, antingen i sina rum eller i ett hemtrevligt sällskapsrum. Signifikant minskning av verbal och fysisk agitation sågs efter 10 minuter av musiklyssnade samt en timma framöver (40).

En studie från Israel undersökte huruvida stimulerande bakgrundsmusik hade någon effekt på demensrelaterad agitation (41). 28 deltagare med medelsvår till svår Alzheimers fick en gång i veckan lyssna på en CD-skiva med sex populära låtar från år 1964. Deltagarna delades in i två grupper varav ena gruppen fick lyssna på musik de första två veckorna medan den andra lyssnade på musik de två sista veckorna. Låtarna antogs vara bekanta för deltagarna och samtliga låtar var gladlynta och hade positiva texter. Skivans längd var 16:48 minuter. Under tiden deltagarna lyssnade på musik sågs en signifikant minskning av verbal och fysisk agitation.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Att använda en litteraturöversikt som metod upplevdes relevant för syftet, dvs. att och analysera aktuell forskning kring musikterapiens betydelse för demens och agitation. Att samtliga artiklar var kvantitativa var inget urvalskriterium utan bestämdes endast av de sökord som användes vid den egentliga sökningen. Detta gjorde dock likheter och skillnader enklare att identifiera då flertalet studier använde samma eller liknande mätinstrument för att mäta frekvens och nivå av agitation.

I den inledningsvis breda artikelsökningen fanns som nämnt tidigare ingen tanke om att musikterapi skulle kunna vara relevant för det inledande syftet som var: ”vad kan sjuksköterskan göra för att lindra agitation hos personer med demenssjukdom på särskilda boenden”. Detta gjorde att litteraturöversikten främst upplevdes som intressant och bekräftande istället för att undermedvetet försöka påvisa god effekt av musikterapi.

Pga. att samtliga artiklar var kvantitativa visade deras resultat främst på huruvida musikterapi hade någon signifikant effekt eller inte. I detta skedde gjordes valet att istället rikta fokus på artiklarnas metoddell och tillvägagångssätt. Att identifiera likheter och skillnader i själva utförandet av musikterapi upplevdes mer relevant, dels för att uppnå syftet och dels för att kunna implementera musikterapi i praktiken.

Flertalet studier var utförda i Asien (31, 33, 35, 37-39, 41), främst i Taiwan (31, 35, 38, 39). Att leva på särskilt boende antingen i Taiwan eller i Sverige innebär sannolikt stora kulturella skillnader vilket kan göra generaliserbarheten av musikterapiens effekt på ett globalt plan mindre trovärdig. Samtliga artiklar gjordes på personer med demenssjukdom som bodde på särskilt boende förutom en (36). Deltagarna i denna studie bodde istället hemma. Anledning till att den inkluderades var att studiens tillvägagångssätt även är möjligt att utföra på ett särskilt boende, då särskilda boenden ska fungera som permanent hem med enskilda rum.

Studien ”The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan” ingick inte i någon av träffarna från sökorden ”*dementia*”, ”*agitation*” och ”*music therapy*” utan hittades som en ”related article” till ”The Effects of Researcher-Composed Music at Mealtime on Agitation in Nursing Home Residents With Dementia” (38, 39). Eftersom även denna artikel studerade musikens effekt på demensrelaterad agitation vid måltider på särskilda boenden togs beslutet att den var relevant

för litteraturöversiktens syfte. Studien analyserades utifrån Fribergs kriterier och inkluderades därefter i resultatet (21).

Pga. saknaden av kvalitativa studier minskades möjligheten till ökad förståelse för vad det är som gör att musikterapi fungerar samt hur terapin upplevs av personer med demenssjukdom. Ett kvalitativt upplägg av framtida studier skulle kunna vara att direkt efter varje musikterapi ställa relevanta frågor till varje deltagare om hur han eller hon upplevde musikterapi. Detta skulle kunna ge ökad insikt i vilka faktorer i musikterapi som medför lindring av agiterade tillstånd. Anledningen till det låga antalet kvalitativa artiklar skulle kunna vara att intervjuer i många fall inte lämpar sig för personer med medelsvår till svår demens pga. sjukdomens negativa påverkan på den demenssjukes möjligheter att kommunicera tankar och känslor.

RESULTATDISKUSSION

Musikterapi och dess koppling till personcentrerad vård och miljö

För att musikterapi skall kunna lindra agitation krävs det att musiken är skraddarsydd för varje enskild person med demenssjukdom. För att säkerställa att musiken som används är omtyckt behövs information om varje persons tidigare värderingar, livsmönster och preferenser, vilket bygger på samma förhållningssätt som vid personcentrerad vård (14, 15). Värderingar och preferenser kan t.ex. vara vilken typ av musik personen med demenssjukdom värdesätter och tycker om. Detta kräver att sjuksköterskan tar tillvara på information från närstående och erfaren omsorgspersonal. Livsmönster kan t.ex. bidra med information om hur personen med demenssjukdom lyssnat på musik tidigare i livet, dvs. vilket typ av musik personen brukade lyssna på. Lyssnade personen på musik när han eller hon var ledsen samt vilka sångare och musiker tyckte han eller hon om? Detta är information som kan säkerställa att musikterapi kommer att ha god effekt. Detta innebär att för att musikterapi skall kunna fungera som omvårdnadsåtgärd behöver fokus läggas på att tillvarata det friska hos personen, dvs. inte enbart fokusera på det sjuka (14, 15).

För att kunna lindra fysisk och verbal agitation krävs det att personer med demenssjukdom vistas i en personcentrerad miljö. För att skapa en personcentrerad miljö kan musik med fördel användas. Personcentrerad miljö ska för den boende upplevas som en trygg och harmonisk miljö (16). Flera studier visar att musik och musikterapi kan skapa just trygghet och lugn hos personer med demens (36-41). Att uppleva närhet till naturen är något som behöver ingå i en personcentrerad miljö. För många personer med demenssjukdom kan det i princip vara omöjligt att t.ex. gå ut och promenera ensam utan att ha någon som följer med. Att spela musik

med kopplingar till naturen, dvs. musik som har inslag av fågelkvitter, valsång och porlande vatten kan skapa en upplevelse som liknar utomhusvistelse. CD-skivor med musik med koppling till naturen är inte svårt att hitta och utgör en minimal kostnad för det särskilda boendet. Detta ska absolut inte ses som ett substitut för att få gå ut. Det finns dock tid där det är omöjligt för omsorgspersonal eller närstående att följa med ut vilket gör denna typ av musik till ett möjligt andrahandsval.

Är införandet av musikterapi verkligen sjuksköterskans ansvar?

Som nämnts innan har sjuksköterskan på ett särskilt boende ett stort ansvar för kvaliteten på den omvårdnad som ges (11). För att upprätthålla en hög standard på omvårdnadsarbetet behöver sjuksköterskan uppmärksamma varje boendes sjukdomsupplevelse och genom adekvata åtgärder lindra lidande så gott som möjligt (13, 15). För den drabbade kan ett agiterat tillstånd upplevas som ett stort lidande. Studierna i denna litteraturöversikt visar att olika former av musikterapi har generellt sett god effekt på att minska demensrelaterad agitation och bör användas som en effektiv omvårdnadsåtgärd för att lindra denna typ av lidande. Sjuksköterskan bör därför vara medveten om musikterapiens effekter på agitation och uppmärksamma de boende som kan tänkas vara lämpliga för denna typ av omvårdnadsåtgärd.

I studien där personer med demenssjukdom som bor hemma lyssnade på favoritmusik 30 minuter dagligen sågs en signifikant minskning av agitation. Denna typ av musikterapi skulle relativt enkelt kunna tillämpas även på särskilda boenden (36). Särskilda boenden ska fungera som ett hem för de som bor där. Att vara sjuksköterska på ett särskilt boende innebär att ansvara för bedömningen varje boendes förmåga till egenvård (13). Detta kan göras genom att fråga den boende rakt ut vilken typ av musik han eller hon tycker om. Om detta inte är möjligt bör den boendes närstående tillfrågas. Att skapa en CD-skiva med en boendes favoritmusik tar inte lång tid och i många fall skulle närstående kunna bistå med detta. Att sätta på CD-spelaren för den boende skulle undersköterskor eller vårdbiträden kunna göra utan att för mycket tid tas från andra viktiga arbetsuppgifter. Om den boende enbart har en mild typ av demens skulle den boende själva kunna sätta på CD-spelaren. Detta innebär att personalen tar tillvara på det friska hos den boende och att den boende själv kan bestämma när han eller hon vill lyssna på musik.

För att minska fysisk och verbal agitation vid måltider kan sjuksköterskan tillsammans med omsorgspersonal upprätta nya rutiner där lugn och trygg musik spelas vid varje servering. Sjuksköterskan behöver då vara väl införstådd med vilken typ av musik som enligt forskningen visar god effekt på förekomsten av agitation, dvs. lugn och naturinspirerad musik utan

drastiska volym- eller rytmförändringar samt ett tempo på 60-80 taktslag/min. Volymen bör vara strax högre än det normalt förekommande bakgrundsljud som förekommer vid måltiderna (38, 39). Att använda musik mot agitation vid måltider behöver varken kosta mycket eller stjäla någon tid från redan stressad omsorgspersonal. Sjuksköterskan kan efter konsultation av en musikterapeut skapa en CD-skiva med den typ av musik som beskrivits ovan. När skivan väl är skapad krävs enbart att antingen sjuksköterskan eller omsorgspersonalen trycker på uppspelningsknappen. Eftersom omsorgspersonal alltid medverkar vid varje måltid kan de utifrån sjuksköterskans direktiv observera ifall musik har någon effekt på agiterat beteende eller inte.

Enligt kompetensbeskrivningen ska sjuksköterskor hålla sig uppdaterade inom omvårdningsforskning för att kunna tillhandahålla den bästa och mest säkra vård för varje patient (13). Det kan därför vara mycket fördelaktigt för sjuksköterskor att vara medvetna om att musikterapi existerar som en sannolikt effektiv omvårdnadsåtgärd mot demensrelaterad. Flera av de vetenskapliga artiklar som ligger som grund för resultatdelen var från år 2010 och framåt vilket kan tala för att mer forskning pågår kring musikterapi och demens. Detta kan vara forskning som sjuksköterskor på särskilda boenden i framtiden behöver ta del av för att kunna minska verbal och fysisk agitation.

Att ha en demenssjukdom betyder att den sjuke har svårigheter att själv komma med förslag om vilka typer av omvårdnadsåtgärder han eller hon tror kan tänkas hjälpa mot den eventuellt ökade förekomsten av agitation. Sjuksköterskan bör därför uppmärksamma personer med demens då sjuksköterskan har som ansvar att undervisa dem som inte själva kan uttrycka informationsbehov (13). Sjuksköterskan bör därför informera den boende och hans eller hennes närstående om att musikterapi existerar och att det finns aktuell forskning som stödjer musikterapi som behandling vid agitationsproblematik.

Införande av ny kunskap på särskilda boenden

På ett särskilt boende ska sjuksköterskan sträva efter att lära ut arbetssätt där omsorgspersonal värnar om den boendes upplevelser, ständigt ifrågasätter nuvarande omvårdnad och befintliga rutiner samt kontinuerligt hämtar ny kunskap (11, 13). Befintliga rutiner kan vara rutiner som rör hanteringen av situationer där en eller flera boende uppvisar verbal eller fysisk agitation. Musikterapi skulle kunna vara ett substitut, eller i alla fall ett komplement till användningen av lugnande medicinering. Sjuksköterskan behöver i så fall skapa en dialog med kolleger om vad det finns för möjligheter och svårigheter med införandet av musikterapi på ett särskilt

boende. Denna dialog gäller inte bara undersköterskor och vårdbiträden utan även enhetschefer, andra sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal.

Nackdelar med musikterapi

Ett optimalt scenario skulle vara att samtliga särskilda boenden i Sverige anställer en musikteapeut per särskilt boende. Med tanke på hur Sverige ser ut idag är detta i princip omöjligt då äldreomsorgen till att börja med redan är hårt drabbad av besparingar. Förutom de pengar som behövs för att kunna fastanställa utbildade musikterapeuter finns även andra svårigheter med musikterapi. Samtliga artiklar i denna litteraturöversikt hade som kriterium att ingen av deltagarna fick ha några större hörselnedsättningar. Långt ifrån alla äldre personer med demenssjukdom har god hörsel vilket resulterar i att musikterapi passar långt ifrån alla med demenssjukdom och som lider av agiterat beteende. Flera musikterapiformer kräver även att deltagarna inte skulle vara sängliggande, framför allt i de terapiformer den demenssjuke ska vara aktiv, röra sig till musik och/eller spela instrument.

Av egen erfarenhet som undersköterska tillbringar sjuksköterskor på särskilt boende mycket tid på administrativa och medicinska arbetsuppgifter. Detta kan göra det svårare för sjuksköterskor att finna tid till att organisera och tillämpa nya omvårdnadsåtgärder. För att kunna argumentera för mer tid och mer resurser till införandet av musikterapi krävs det av sjuksköterskan att vara påläst för att kunna presentera aktuell forskning som stödjer musikterapi. Även om det behövs fler studier för att undersöka musikens effekt på agitation visar denna litteraturöversikt att det redan finns forskning som visar att musikterapi kan minska agitation vid demens. Det är viktigt att uppmärksamma att enligt flertalet studier sitter effekten av musikterapi kvar i max några veckor. Detta betyder att musikterapi behöver upprepas kontinuerligt för att minska agitation i längden.

Även fast flertalet studier visar på god effekt av musikterapi så visar fortfarande några studier på en icke signifikant minskning av agitation. Studien från Australien visade till och med på en signifikant ökning av agitation hos personer med demens. Även fast god effekt kan ses i flera studier så kan forskarna inte helt säkert fastslå vilka faktorer i musikterapi som gör att demensrelaterad agitation minskar.

Möjligheter och eventuella vinster med musikterapi

Att musikterapi kan minska förekomsten av demensrelaterad agitation kan i längden vara positivt ur flera aspekter. Fysisk och verbal agitation på särskilda boenden kan vara en av de orsaker som leder till ökad arbetsbelastning och ökade antal sjukskrivningar av omsorgsper-

sonal. Om en satsning görs med hjälp av musikterapeuter för att införa musikterapi på särskilda boenden kommer sannolikt kostnader för sjukskrivningar och användning av psykofarmaka att minska. Vinsten av att kunna lindra det personliga lidandet för personer som pga. sjukdomen upplever episoder av demensrelaterad agitation kan vara svårt att värdesätta i pengar. Däremot kan denna lindring ur ett etiskt perspektiv ses som en stor vinst, både för den enskilde men även för närstående som kan se sin partner, vän eller släkting få en ökad chans att leva ett mer harmoniskt liv.

Endast två studier var utförda i Norden (27, 32) varav en av dessa inte visade någon signifikant minskning av agitation (32). Detta kan ifrågasätta om musikterapi är något som är applicerbart på särskilda boenden i Sverige. Att lyssna på och njuta av musik är dock något mänskligt, oavsett nationalitet och kulturell bakgrund. Detta kan tala för att musikterapi kan vara en effektiv omvårdnadsåtgärd mot förekomsten av agitation i demensvården Sverige.

Egna erfarenheter av att arbeta på demensavdelning visar på att omsorgspersonal ibland spelar musik som de själva tycker om, utan någon tanke på hur musiken uppfattas av de boende. Att tvingas lyssna på musik som upplevs som störande och i värsta fall ångestframkallande kan öka risken för agiterat beteende (8), framför allt då personer med demenssjukdom ofta har svårigheter att kunna uttrycka tankar och känslor (1, 6). Risken för att undermedvetet spela musik som boende kanske inte tycker om kan öka om musikens påverkan på personer med demenssjukdom förblir relativt okänd. Om sjuksköterskan istället kan öka kunskapen om musikens terapeutiska effekter vid demens kan problemet som beskrivs ovan istället vändas till något positivt. Om sjuksköterskan, tillsammans med omsorgspersonal, närstående och den boende själv istället försöker ta reda på vilken musik den boende tycker om och vilken musik han eller hon upplever avkopplande och betryggande, kan denna typ av musik med fördel spelas.

Sjuksköterskan bör även argumentera för och uppmana sin chef att anlita en musikterapeut som kan ha utbildningsdagar för vårdpersonalen, vilket sannolikt utgör en relativt liten kostnad i förhållande till den effekt som kan åstadkommas. Genom att som sjuksköterska introducera musikterapi och uppmana till diskussion kring hur musik kan minska förekomsten av agitation kan intresset öka för både omsorgspersonal och andra sjuksköterskor. Ett ökat intresse kan få personalen på särskilda boenden att fortsätta sträva efter att ge god omvårdnad (13).

Mer forskning efterfrågas

Eftersom musikterapiens effekt på agitation inom demensvården upplevs som ett relativt litet forskningsområde eftersöks fler studier kring ämnet, i synnerhet studier utförda i Norden då flertalet studier just nu enbart kommer från Asien. Som nämnts tidigare i metoddiskussionen skulle fler kvalitativa studier vara givande för att kartlägga hur musikterapi upplevs och vad det är som gör att terapin ibland har god effekt och ibland inte. Ofta används lugnande medicinering för att lindra agitationssvårigheter hos boende med demenssjukdom, ibland pga. brist på andra effektiva omvårdnadsåtgärder. Lugnande medicinering har dock oönskade biverkningar som dåsighet, ökad fallrisk och toleransutveckling. Mer forskning som jämför musikterapi och psykofarmaka efterlyses, både vad gäller effektivitet och eventuella biverkningar men även en strikt kostnadsmässig jämförelse. Ny forskning efterfrågas också som undersöker musikterapiens effekt på fysisk och verbal agitation vid demenssjukdom under en längre tid, dvs. mer än sex månader.

Slutsats

Litteraturöversiktens syfte är att undersöka om olika typer av musikterapi visar någon effekt på agiterat beteende hos personer med demenssjukdom på särskilda boenden. Majoriteten av de studier som undersöker detta visar på att musikterapi generellt sett kan användas för att minska förekomsten av agitation hos personer med demenssjukdom på särskilda boenden.

Att vara sjuksköterska innebär att ansvara för att lindra varje boendes lidande genom adekvata åtgärder samt motverka komplikationer i samband med sjukdomen. Pga. musikterapiens överlag goda effekt på agitation bör sjuksköterskan ta vara på denna kunskap och se den som en möjlighet, en möjlighet till att minska ett stort och vanligt förekommande problem inom demensvården.

Kan musikterapi enligt aktuell forskning ses som en viktig omvårdnadsåtgärd mot agitation eller enbart ett trevligt tidsfördriv? Om musikterapi utförs på rätt sätt kan den definitivt ses som en viktig omvårdnadsåtgärd mot både fysisk och verbal agitation hos personer med demenssjukdom.

REFERENSER

1. Demenssjukdomar Stockholm: Svenskt Demenscentrum; [updated 2009-11-20]. Available from: <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/>.
2. Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A. Bakgrund och epidemiologi. In: Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A, editors. Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar. 2 ed. Falköping: Liber AB; 2003. p. 9-19.
3. Kilander L, Landahl P, Ingelsson M. Introduktion. In: Wedsberg A, editor. Frontallobsdemens - den förbryllande sjukdomen. 1 ed. Stockholm: Gothia Förlag AB; 2009. p. 8-13.
4. Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens [updated 2013-12-20]. Available from: <http://www.bpsd.se/>.
5. Ring K. Vård och omsorg vid demenssjukdom. In: Ring K, editor. Specifik omvårdnad vid svår demenssjukdom En strukturerad arbetsmetod. Malmö: Gleerups Utbildning AB; 2013. p. 27-9.
6. Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A. Alzheimers sjukdom. In: Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A, editors. Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar. 2 ed. Falköping: Liber AB; 2003. p. 31-6.
7. Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A. Demenssjukdomens konsekvenser. In: Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A, editors. Alzheimers sjukdom och andra kognitiva . 2 ed. Falköping: Liber AB; 2003. p. 211-22.
8. Ring K. Bakomliggande orsaker till negativa reaktioner hos vårdtagarna. In: Ring K, editor. Specifik omvårdnad vid svår demenssjukdom En strukturerad arbetsmetod. Malmö: Gleerups AB; 2013. p. 67-72.
9. Sveriges befolkning efter kön och ålder 31 december 2012 Stockholm [updated 2013-02-20]. Available from: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Riket/262459/>.
10. Socialstyrelsen. Allt färre äldre bor i särskilt boende 2013. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013april/alltfarrealdreborisarskiltboende>.
11. Hauge S. Omvårdnad i särskilt boende. In: Kirkevold M, Brodtkorb K, Anette Høyen R, editors. Geriatrisk omvårdnad - God omsorg till den äldre patienten. Stockholm: Liber AB; 2010.

12. Ring K. Omvårdnad och lärande. In: Ring K, editor. Specifik omvårdnad vid svår demenssjukdom En strukturerad arbetsmetod. Malmö: Gleerups Utbildning AB; 2013. p. 38-41.
13. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska 2005. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>.
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-5-1>.
15. Edvardsson D. Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. In: Edvardsson D, editor. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. 1:4 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2010. p. 29-33.
16. Wijk H. Personcentrerad miljö. In: Edvardsson D, editor. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. 1:4 ed. Lund: Studentlitteratur AB; 2010.
17. Inde M. Framtidens vårdmodell, patientnärmare vård - hur gör man? Karlstad: Landstinget Värmland; 2006.
18. Edvardsson D, Sandman P, Rasmussen B. Sensing an atmosphere of ease: a tentative of supportive care settings. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2005;19:344-53.
19. McCloskey RM. Caring for patients with dementia in an acute care environment. nursing (New York, NY). 2004;25(3):139-44.
20. Ragneskog H. Musik som ett verktyg i vården: Vårdalinstitutets Tematiska rum; Leva med demens; 2006 [2014-01-14]. Available from: www.vardalinstitutet.net/demens.
21. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Danmark: Studentlitteratur AB; 2006. p. 115-24.
22. Forsberg C, Wengström Y. Olika typer av litteraturstudier. In: Lagerlöf T, editor. Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och Kultur; 2013. p. 25-35.
23. Östlundh L. Informationssökning. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för examensarbeten. Danmark: Studentlitteratur AB; 2006. p. 45-70.
24. Segersten K. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ . In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Danmark: Studentlitteratur AB; 2006. p. 90-104.
25. Segersten K. Användbara texter. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Danmark: Studentlitteratur AB; 2006. p. 37-44.
26. Tuet RWK, Lam LCW. A preliminary study of the effects of music therapy on agitation in Chinese patients with dementia. Hong Kong Journal of Psychiatry. 2006;16(3):87-91.

27. Ridder HMO, Stige B, Qvale LG, Gold C. Individual music therapy for agitation in dementia: An exploratory randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*. 2013;17(6):667-78.
28. Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Gentile S, et al. Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial. *Aging and Mental Health*. 2010;14(8):900-4.
29. Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Villani D, et al. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer disease and associated disorders*. 2008;22(2):158-62.
30. Vink AC, Zuidersma M, Boersma F, De Jonge P, Zuidema SU, Slaets JPJ. The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: A randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;28(10):1031-8.
31. Choi AN, Lee MS, Cheong KJ, Lee JS. Effects of group music intervention on behavioral psychological symptoms in patients with dementia: A pilot-controlled trial. *International Journal of Neuroscience*. 2009;119(4):471-81.
32. Svansdottir HB, Snaedal J. Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: A case-control study. *International Psychogeriatrics*. 2006;18(4):613-21.
33. Sung HC, Lee WL, Li TL, Watson R. A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012;27(6):621-7.
34. Cooke ML, Moyle W, Shum DHK, Harrison SD, Murfield JE. A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging & Mental Health*. 2010;14(8):905-16.
35. Sung Hc, Chang Sm, Lee Wl, Lee Ms. The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine*. 2006;14(2):113-9.
36. Park H, Specht JKP. Effect of individualized music on agitation in individuals with dementia who live at home. *Journal of Gerontological Nursing*. 2009;35(8):47-55.
37. Lin Y, Chu H, Yang CY, Chen CH, Chen SG, Chang HJ, et al. Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011;26(7):670-8.

38. Ho SY, Lai HL, Jeng SY, Tang CW, Sung HC, Chen PW. The Effects of Researcher-Composed Music at Mealtime on Agitation in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25(6):e49-e55.
39. Chang FY, Huang HC, Lin KC, Lin LC. The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(7-8):939-48.
40. Hicks-Moore SL, Robinson BA. Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia*. 2008;7(1):95-108.
41. Ziv N, Granot A, Hai S, Dassa A, Haimov I. The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients. *Journal of Music Therapy*. 2007;44(4):329-43.

Bilaga 1.

Sökord, träffar och urval

Databas	Datum	Sökord	Filter	Träffar	Valda artiklar
CinAhl	2013-12-21	Dementia, AND agitation, AND "music therapy"	2006-2013 Research article, Peer-reviewed	20	10 (26-28, 33-38)
Scopus	2013-12-21	Dementia, AND agitation, AND "music therapy"	2006-2013 Research article	34	13* (26, 28-33, 35-38)
PubMed	2013-12-21	Dementia, AND agitation, AND "music therapy"	2006-2013 Clinical Trial	12	9** (28, 29, 31-35, 37, 38)

*9 av 13 träffar i Scopus var redan valda från CinAhl

**Samtliga nio träffar i PubMed var redan valda från antingen CinAhl eller Scopus

Bilaga 2.

Presentation av vetenskapliga artiklar

Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial (27)

Ridder HM, Stige B, Qvale LG, Gold C.

Aging & Mental Health, 2013

Land: Danmark, Norge

Syfte: Utforska effekten av individuell musikterapi på agitation hos personer med medelsvår till svår demens som bor i särskilda boenden. Även att utforska musikterapiens effekt på boendes livskvalitet och effekten på användning av psykofarmaka.

Metod: 42 deltagare med demenssjukdom blev slumpmässigt indelade i en sekvens av sex veckors musikterapi och sex veckors vanlig omvårdnad. Under tiden mättes agitation, livskvalitet och medicinering.

Mätinstrument: CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory), MMSE (Mini Mental State Examination), ADQRL (Alzheimer's Disease Related Quality of Life)

Resultat: Störande agiterat beteende ökade signifikant av vanlig omvårdnad och minskade signifikant under musikterapi. Användning av psykofarmaka ökade signifikant mer vid vanlig omvårdnad än vid musikterapi.

Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: A randomised controlled trial (28)

Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Gentile S, Bellandi D, Villani D, Trabucchi M.

Aging & Mental Health, 2010

Land: Italien

Syfte: Att genom tre månaders musikterapi uppdelade i tre cykler med en månad utan musikterapi mellan varje cykel utforska musikterapiens effekt på beteendestörningar hos personer med svår demenssjukdom.

Metod: 60 deltagare med svår demenssjukdom delades in i en kontrollgrupp respektive testgrupp. Alla deltagare fick vanlig omvårdnad samt utbildnings- och underhållningsaktiviteter. Testgruppen fick även totalt 36 sessioner á 30 minuter (12 per månad följt av en månad utan musikterapi) i grupper med tre deltagare.

Mätinstrument: NPI (Neuropsychiatric Inventory), MMSE, Barthel-Index

Resultat: Grupper som även fick musikterapi visade en signifikant förbättring av beteendestörningar än vad gruppen som enbart fick vanlig omvårdnad och aktiviteter visade.

Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia (29)

Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Villani D, Trabucchi M.

Alzheimer Disease and Associated Disorders, 2008

Land: Italien

Syfte: Utforska effekten av musikterapi för att minska BPSD hos personer med demenssjukdom.

Metod: 50 deltagare delades in i en testgrupp (n=30) eller kontrollgrupp (n=29). Testgruppen erhöll 30 sessioner av musikterapi á 30 minuter under loppet av 16 veckor. Kontrollgruppen fick enbart utbildnings- och underhållningsaktiviteter. Förekomst och svårighetsgrad av BPSD mättes vid vecka 8, 16 och 20.

Mätinstrument: MMSE, NPI, Barthel-Index

Resultat: Jämfört med kontrollgruppen sågs flera symtom inom BPSD (t.ex. oro, agitation, apati) signifikant förbättras. I jämförelse med kontrollgruppen sågs signifikanta förbättringar vid vecka 8, 16 och 20.

The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial (30)

Vink AC, Zuidersma M, Boersma F, de Jonge P, Zuidema SU, Slaets JP.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 2012

Land: Nederländerna

Syfte: Jämföra effekterna av musikterapi med vanliga rekreationsaktiviteter mot minskning av agitation hos personer med demenssjukdom på ett särskilt boende

Metod: 77 deltagare delades in i antingen kontrollgrupp (n=34) eller testgrupp (n=43) där kontrollgruppen fick rekreationsaktiviteter och testgruppen erhöll musikterapi. Både musikterapi och rekreationsaktiviteterna erbjöds två gånger i veckan i fyra månader. Förekomst och nivå av agitation mättes fyra gånger under dagarna med musikterapi/aktiviteter.

Mätinstrument: CMAI, GDS (Global Deterioration Scale)

Resultat: Minskning av agitation sågs i både test- och kontrollgrupp. Minskningen var aningen högre i testgruppen men dock inte signifikant.

Effect of group music intervention on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia: a pilot-controlled trial (31)

Choi AN, Lee MS, Cheong KJ, Lee JS.

International Journal of Neuroscience, 2009

Land: Sydkorea

Syfte: Att undersöka effekten på psykiska symtom och beteendestörningar hos personer med demens genom musikterapi i grupp.

Metod: 20 deltagare delades in i en test- respektive kontrollgrupp. Testgruppen erhöll musikterapi medan kontrollgruppen fick vanlig omvårdnad. Musikterapi utfördes i fem veckor, tre gånger i veckan á 50 minuter. Alla deltagare erhöll totalt 15 sessioner.

Mätinstrument: MMSE, GDS (Geriatric Depression Scale), GQoL (Geriatric Quality of Life), NPI

Resultat: I jämförelse med kontrollgruppen sågs efter 15 sessioner signifikant minskning av agitation.

Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study (32)

Svansdottir HB, Snaedal J

International Psychogeriatrics, 2006

Land: Island

Syfte: Att undersöka effekten av musikterapi på personer med medelsvår till svår Alzheimers sjukdom.

Metod: 38 deltagare med medelsvår till svår Alzheimers sjukdom delades in i en testgrupp (n=20) respektive kontrollgrupp (n=18). Testgruppen erhöll musikterapi i grupp med tre till fyra deltagare. Varje grupp fick 18 sessioner av musikterapi á 30 minuter, tre gånger i veckan i sex veckor. Behavioristiska och psykiska symtom mättes vid start, efter 6 veckor och efter 10 veckor.

Mätinstrument: BEHAVE-AD (Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease)

Resultat: Vid sjätte veckan sågs signifikant minskning av agitation hos testgruppen jämfört med kontrollgruppen. Vid vecka 10 var dock minskningen inte längre signifikant.

The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan (35)

Sung HC, Chang SM, Lee WL, Lee MS.

Complementary Therapies in Medicine, 2006

Land: Taiwan

Syfte: Att utvärdera effekten av musik och rörelse i grupp på förekomsten av agitation hos personer med demenssjukdom i särskilt boende.

Metod: 36 deltagare delades jämnt in i en test- respektive kontrollgrupp. Testgruppen fick lyssna och röra sig till musik två gånger i veckan á 30 minuter i sammanlagt fyra veckor. Kontrollgruppen fick enbart vanlig omvårdnad.

Mätinstrument: CMAI, GDS (Global Deterioration Scale)

Resultat: I testgruppen jämfört med kontrollgruppen sågs signifikanta minskningar av agiterat beteende vid vecka fyra.

A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia (33)

Sung HC, Lee WL, Li TL, Watson R.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 2011

Land: Taiwan

Syfte: Att utvärdera effekten av musikterapi i grupp på förekomsten av oro och agitation hos personer med demenssjukdom som bor på särskilt boende.

Metod: 60 deltagare delades in i en test- respektive kontrollgrupp. Testgruppen erhöill musikterapi i grupp, två gånger i veckan á 30 minuter i sex veckor. I musikterapin fick deltagarna använda rytmiska instrument till välkänd musik. Kontrollgruppen fick enbart vanlig omvårdnad. Förekomsten av oro och agitation mättes vid start, vecka fyra och vecka sex.

Mätinstrument: RAID (Rating of Anxiety in Dementia), CMAI.

Resultat: Musikterapin visade ingen signifikant minskning på varken agitation eller oro hos deltagarna.

A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia (34)

Cooke ML, Moyle W, Shum DH, Harrison SD, Murfield JE.

Aging & Mental Health, 2010

Land: Australien

Syfte: Att undersöka effekten av ett 40 minuters framförande av livemusik på förekomsten av oro och agitation hos äldre personer med demenssjukdom.

Metod: 47 deltagare delades in i två grupper. Ena gruppen deltog i 40 minuters framträdande tre morgonar i veckan i åtta veckor. Den andra gruppen deltog i läs- och underhållningsaktiviteter i precis samma utsträckning gällande som musikgruppen. När åtta veckor hade gått följde en fem veckor lång period utan varken musik eller läsaktiviteter. Efter dessa fem veckor bytte musikgruppen till läsande och underhållning medan läs- och underhållningsgruppen bytte till att istället lyssna på livemusik. Detta pågick i ytterligare åtta veckor.

Mätinstrument: CMAI, RAID, MMSE

Resultat: Varken läs- och underhållningsgruppen eller musikgruppen visade någon signifikant minskning av agitation eller oro. Hos de deltagare som medverkade i minst hälften av alla livemusik-interventioner (n=24) sågs signifikant ökning av verbal agitation.

Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia (37)

Lin Y, Chu H, Yang CY, Chen CH, Chen SG, Chang HJ, Hsieh CJ, Chou KR.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 2010

Land: Taiwan

Syfte: Utforska effekten av musikterapi i grupp på agitation hos personer med demenssjukdom.

Metod: 100 deltagare delades in i en testgrupp (n=49) och en kontrollgrupp (n=51). Testgruppen erhöill totalt 12 sessioner av musikterapi i grupp á 30 minuter, två gånger i veckan i totalt sex veckor. Kontrollgruppen erhöill istället vanliga dagsaktiviteter. Mätningar av förekomsten av agitation gjordes vid sjätte och tolfte sessionen samt en månad efter sista sessionen.

Mätinstrument: MMSE, CMAI

Resultat: Jämfört med kontrollgruppen sågs signifikant minskning av fysisk agitation vid alla tre mättillfällen. Även verbal agitation sågs minska signifikant, dock enbart vid sjätte sessionen.

The effects of researcher-composed music at mealtime on agitation in nursing home residents with dementia (38)

Ho SY, Lai HL, Jeng SY, Tang CW, Sung HC, Chen PW.

Archives of Psychiatric Nursing, 2011

Land: Taiwan

Syfte: Att undersöka effekterna av musik vid måltider på agitation hos personer med demenssjukdom på särskilt boende.

Metod: Musik spelades för 22 deltagare vid två måltider om dagen. Detta pågick i totalt fyra veckor. Musik var skriven utav två av studiens forskare och kännetecknades som lugn och harmonisk. Agiterat beteende observerades 24 timmar om dygnet i totalt sex veckor.

Mätinstrument: MMSE, CMAI

Resultat: Vid samtliga sex veckor sågs signifikant minskning av agiterat beteende. Störst minskning sågs de första fyra veckorna.

The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan (39)

Chang FY, Huang HC, Lin KC, Lin LC.

Journal of Clinical Nursing, 2010

Land: Taiwan

Syfte: Att studera effekten av musik vid lunchtid på problematiskt beteende hos personer med demenssjukdom på särskilt boende.

Metod: 41 deltagare fick lyssna på behaglig och stillsam musik varje dag vid lunchtid (11:00-12:00), varannan vecka i åtta veckor. Förekomsten av agitation mättes varje vecka.

Mätinstrument: MMSE, Barthel-Index, CMAI

Resultat: Signifikant minskning av agiterat beteende sågs vid samtliga veckor.

Effect of individualized music on agitation in individuals with dementia who live at home (36)

Park H, Pringle Specht JK.

Journal of Gerontological Nursing 2009

Land: USA

Syfte: Att undersöka effekten av individuellt anpassad musik på agitation hos personer med demenssjukdom som bor i hemmet.

Metod: 15 deltagare fick lyssna på deras favoritmusik i 30 minuter varje dag i två veckor. Efter två veckor spelades ingen musik alls. Denna cykel av två veckor med musik och två veckor utan upprepades en gång. Musiken skulle spelas den tid på dygnet då deltagaren vanligtast var som mest agiterad. Förekomsten av agitation mättes 30 minuter innan, under, och direkt efter varje intervention. Förekomsten av agitation mättes även under varje vecka utan musik.

Mätinstrument: MMSE, CMAI.

Resultat: Under tiden deltagarna lyssnade på musik sågs en signifikant minskning av agiterat beteende. Signifikant minskning sågs även direkt efter musiken slutat spela. Ingen signifikant minskning sågs under veckorna utan musik.

Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia (40)

Hicks-Moore SL, Robinson BA.

Dementia, 2008

Land: Kanada

Syfte: Att utforska effekten av favoritmusik och handmassage för att minska agiterat beteende hos personer med mild till medelsvår demens.

Metod: 41 deltagare delades in i fyra grupper, tre testgrupper och en kontrollgrupp. Första gruppen fick lyssna på sin favoritmusik, andra gruppen fick handmassage medan tredje gruppen fick båda typer av behandling. Fjärde gruppen var en kontrollgrupp och fick därmed ingen behandling. Varje session pågick i tio minuter. Förekomsten av agitation mättes 10 minuter innan, under samt en timma efter behandling.

Mätinstrument: MMSE, CMAI.

Resultat: Jämfört med kontrollgruppen sågs signifikant minskning av agitation under behandling samt en timma efter behandling. Ingen signifikant skillnad i effektivitet sågs mellan de tre behandlingstyperna.

The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients (41)

Ziv N, Granot A, Hai S, Dassa A, Haimov I.

Journal of Music Therapy, 2007

Land: Israel

Syfte: Att studera effekten av bakgrundsmusik för att reducera agitation hos personer med Alzheimers sjukdom.

Metod: 28 deltagare med medelsvår till svår Alzheimers sjukdom delades in i två grupper. Studien pågick i fyra veckor. Ena gruppen fick lyssna på musik i de två första veckorna medan den andra gruppen fick lyssna på musik de två sista veckorna. Musiken bestod utav sex populära låtar ifrån år 1964. Musiken spelades i drygt 16 minuter en dag i veckan.

Mätinstrument: CMAI

Resultat: De veckor där bakgrundsmusik spelades jämfört med de veckor utan musik sågs signifikant minskning av agiterat beteende.